中央区高齢者紙おむつ注文票

新規申請時用

記入例

対象者	所 者）	〒 104−8404 中央区 築地1−1−1		本人 電話	03−3546−5225
	配　送　先 ※区内以外は、 別途配送料がかかります （病院・有料老人ホーム等含む）	□上記に同じ　✓その他（以下にご記入ください）			
		〒 104−0052 中央区月島4−1−1		配送先 電話	03−1234−5678
	ふりがな	ちゅうおう　たろう		おむつ 認定番号	※区使用欄 記入不要です
	氏　　名	中央　太郎			
注文者 氏名	中央　良子	続柄 （または事業所名）	○○ケアプランセンター	注文者 電話	03−0000−0000
	平日午前希望			口座振替 （自動引き落とし） ※ゆうちょ銀行	✓希望する ※口座の登録完了までは代引きとなります。 ※初回の配達時に口座振替登録用紙を同封します。

以下の注意事項をご確認いただき、
ご希望がある場合はご記入ください。

口座振替(自動引き落とし)にてお支払い
を希望する方は✓をいれてください。

※特定の曜日・時間指定は不可（平日休日・午前午後の指定は可能）。
※置き配・宅配BOXの利用には口座振替の登録が必要です。
※天候や交通状況によっては希望に添えない場合がございます。

◎以下の注意事項にご注意いただき、商品をお選びの上、ご記入くだ
※今年度の「中央区高齢者紙おむつ等支給事業のご案内」から40点以上で商品をお選びください。
なお、70点を超えてご注文した場合、超過分は自己負担になります。
※3か月以上「保管期間切れ」や「受取拒否」が続く場合、配達を休止させていただく場合があります。
また、おむつ等が不要となったときや、在庫過多の場合はその旨ご連絡ください。

識別番号	商品名	サイズ	1袋点数	注文袋数	点数
40	サルバ　やわ楽パンツ	S	18 点	2 袋	36 点
49	サルバ　紙パンツ用やわ楽パッド		13 点	2 袋	26 点
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			合計	4 袋	62 点

パンフレット(ご案内)で
赤色になっている数字
をご記入ください。

パッド等のサイズ展開がない
商品の場合は空欄で構いません。

1袋点数×注文袋数の合計を
計算してご記入ください。

注文袋数、点数の合計を
計算してご記入ください。

40点以上になっているか
ご確認ください。

◇◆◇◆◇注文票は、コピー等してお使いください。◇◆◇◆◇

商品変更・休止に関するお問い合わせ：白十字販売株式会社　おむつ相談係

FAX　03−5950−6253　　TEL　0120−157−290

※区使用欄　記入不要です